

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

177

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Fernand PÉRIL

Né à l'île Maurice le 1^{er} juin 1889
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Ancien élève des Services Ophtalmologiques
des Enfants-Malades et des Quinze-Vingts

LES OPACITÉS TRAUMATIQUES PARTIELLES
DU CRISTALLIN

AU COURS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

ÉVOLUTION ET IMPORTANCE MÉDICO-LÉGALE

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1922

772

177

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

777

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Fernand PÉRIL

Né à l'Île Maurice le 1^{er} juin 1889

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien élève des Services Ophtalmologiques
des Enfants-Malades et des Quinze-Vingts

LES OPACITÉS TRAUMATIQUES PARTIELLES

DU CRISTALLIN

AU COURS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

ÉVOLUTION ET IMPORTANCE MÉDICO-LÉGALE

Président : M. LECÈNE, Professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	NOBECAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DR LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'en tiendrait aucunement responsable.

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Témoignage de profonde affection.

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

*En hommage de mon affection
et de ma gratitude.*

A MES FRÈRE ET SŒURS

A TOUTE MA FAMILLE

A M. HENRI CHRIST

*Témoignage de sincère amitié
et de reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LECÈNE

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A MES MAÎTRES EN OPHTALMOLOGIE

M. LE DOCTEUR V. MORAX

Officier de la Légion d'honneur
Ophtalmologiste de l'Hôpital Lariboisière

*Qui nous a toujours aidé de
ses conseils éclairés. Qu'il veuille
bien trouver ici l'expression de nos
sentiments de respectueuse recon-
naissance.*

M. LE DOCTEUR A. POULARD

Chevalier de la Légion d'honneur
Ophtalmologiste de l'Hôpital des Enfants-Malades

M. LE DOCTEUR CANTONNET

Chevalier de la Légion d'honneur
Ophtalmologiste de l'Hôpital Cochin

M. LE DOCTEUR KALT

Officier de la Légion d'honneur
Médecin de l'Hospice national des Quinze-Vingts

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR ARROU
M. LE PROFESSEUR LEJARS
M. LE PROFESSEUR RIEFFEL

Chirurgiens des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR ENRIQUEZ
M. LE DOCTEUR CLAISSE
M. LE DOCTEUR GALLIARD

Médecins des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR BAR
M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheurs des Hôpitaux

A MES AUTRES MAITRES

M. LE DOCTEUR ALGLAVE
Professeur agrégé

M. LE DOCTEUR FRÉDET
Chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR LEQUEUX
Professeur agrégé

M. LE DOCTEUR MOULONGUET
Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR R. GUTTMANN
M. LE DOCTEUR GASTON DURAND

LES OPACITÉS TRAUMATIQUES PARTIELLES DU CRISTALLIN

AU COURS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Évolution et importance médico-légale

INTRODUCTION

Au cours de ces dernières années, nous avons eu l'occasion de suivre un grand nombre de traumatismes oculaires chez les accidentés du travail.

Nous avons été frappé du nombre important des lésions partielles de l'appareil cristallinien au cours des lésions oculaires.

Il nous a semblé que ces lésions oculaires localisées étaient d'observation beaucoup plus fréquente que ne le signalent les traités d'Ophtalmologie.

Leur évolution nous a paru un peu différente de celle qui est couramment décrite par les auteurs classiques.

Dans cette étude, à laquelle nous avons résolu de consacrer notre thèse inaugurale, nous insisterons tout spécialement sur les conséquences de ces lésions partielles de l'appareil cristallinien au point de vue médico-légal.

La loi sur les accidents du travail qui nous met

dans l'obligation de décrire minutieusement l'état du blessé au moment du traumatisme et lors de la consolidation, nous permet aussi de recueillir les plus précieux renseignements sur l'évolution tardive des troubles de la transparence du cristallin quand l'évaluation de l'incapacité de travail, qui a été faite en fin de traitement, est soumise à la révision ; ce qui peut avoir lieu au cours ou à la fin des trois années suivantes.

A l'occasion de ces révisions, nous avons été surpris de constater, le plus souvent, que les lésions cristalliniennes n'avaient subi aucune modification ; et parfois même, qu'il existait une régression évidente.

Bien que ce phénomène ait déjà été signalé, — Desmarres, Terson Morax, — il ne nous a pas paru présenter le caractère d'exception qu'on lui attribue généralement.

Nous étudierons l'évolution de l'incapacité partielle et permanente de travail résultant de ces opacités traumatiques partielles du cristallin.

La presque totalité des cas étudiés par nous ont été relevés sur les registres d'observations des Docteurs Cruchaudeau et Lenoir complétés par l'examen des rapports d'expertise et de contre-expertise aimablement mis à notre disposition par plusieurs Compagnies d'Assurances.

Qu'il nous soit permis, à ce sujet, d'adresser au Docteur Cruchaudeau le témoignage de notre affectueuse reconnaissance pour les encouragements

précieux que nous avons toujours trouvés auprès de lui et la bonne grâce avec laquelle il nous a fait profiter de sa longue expérience des accidents du travail.

Notre reconnaissance ne saurait oublier les Docteurs Beaujeu et Lenoir qui nous ont inspiré ce travail et qui nous ont aidé de leurs conseils amicaux.

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE CLINIQUE

1^o Définition. — Etiologie

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la valeur des expressions par lesquelles ils désignent les différentes altérations cristalliniennes.

Certains, Fuchs, Abadie, décrivent sous le terme général de cataracte, l'opacification partielle ou totale du cristallin.

D'autres basent leur définition sur l'évolution des opacités cristalliniennes. D'après ces derniers, la cataracte serait un trouble définitif de la transparence de la lentille, et les opacités n'en seraient qu'un trouble passager.

Nous entendrons, sous le nom d'opacités cristalliniennes, les opacifications partielles définitives ou passagères du cristallin.

Bien qu'il existe toutes les variétés entre la simple opacité punctiforme du cristallin et la perte de transparence presque totale de la lentille, nous aurons surtout en vue, dans cette étude, les lésions cristalliniennes compatibles avec un minimum d'acuité

professionnellement utilisable, c'est-à-dire un dixième de la normale.

Il est difficile de préciser la fréquence des cataractes traumatiques partielles, un grand nombre de ces opacités passant inaperçues en raison de leur dimension minime et de leur situation périphérique. De plus, leur présence n'est pas incompatible avec une vision satisfaisante.

Les indications statistiques que nous trouvons dans la littérature médicale sont différentes suivant le point de vue auquel se sont placés les auteurs.

Le calcul s'établit, pour les uns, par rapport à toutes les maladies des yeux ; pour d'autres, seulement par rapport aux maladies du cristallin ; enfin, quelques-uns même par rapport aux seules cataractes.

Dans une thèse de Zurich, 1885, Weidmann rassemble 3.144 observations de traumatismes de l'œil dont 1.792 avec corps étrangers et 7 0/0 pour le cristallin.

Dans le rapport de Coppez à la Société française d'Ophtalmologie, 1890, sur 96 cas de corps étrangers, 6 auraient atteint le cristallin.

Sur 50 cas de corps étrangers opérés à l'Hôpital de Moorfields, étudiés par Mackenzie, 12 étaient situés dans le cristallin.

Mais toutes ces statistiques ne portent pas sur le nombre d'opacités traumatiques partielles du cristallin compatibles avec une acuité visuelle profession-

nellement satisfaisante, par rapport au nombre total des plaies cristalliniennes.

Notre statistique porte sur 15.000 blessés accidentés du travail. Les neuf dixièmes concernent des ouvriers atteints de corps étrangers superficiels de lacornée, de la conjonctive, etc... Nous avons relevé, parmi les blessés graves, 150 cas de lésions cristalliniennes, c'est-à-dire 1 0/0 du nombre total des blessés examinés ou soignés.

La proportion des opacités traumatiques partielles du cristallin par rapport au chiffre des lésions de l'appareil cristallinien est de 26 0/0.

Les lésions de l'appareil cristallinien se répartissent comme suit :

Lésions ayant déterminé des opacités traumatiques partielles du cristallin.....	39
Luxation du cristallin.....	4
Autres lésions du cristallin ayant déterminé une opacification totale de la lentille.....	107

Dans la moitié des cas, vingt fois sur 39, ces opacités traumatiques partielles du cristallin se sont accompagnées d'une vision variant entre 4/10 et 9/10.

Dans les autres cas, l'acuité visuelle varient entre 1/10 et 3/10.

Quant aux opacités transitoires, elles sont rares. Terson n'a observé que deux cas en vingt ans.

« Le premier fait concerne une femme d'une trentaine d'années qui venait de recevoir un violent coup de point sur l'œil. Elle avait sur toute la face

« antérieure du cristallin un très grand nombre de
« stries grisâtres horizontales séparées par des inter-
« valles transparents. Tout cela disparut en moins
« d'une semaine et l'œil redevint normal à tous
« points de vue. »

Le deuxième fait a été reproduit dans l'observation XXI.

Au cours de ce travail, nous avons relevé deux cas d'opacités transitoires du cristallin par blessure directe de la lentille :

Dans le premier cas, le cristallin traversé, de part en part, par un petit éclat métallique, a récupéré sa transparence en six semaines.

Dans l'autre cas, cité par M. Morax et reproduit dans l'observation XVI, la transparence a été presque complète au bout de deux mois.

Il est classique de dire que l'opacification du cristallin se fait plus rapidement et se généralise plus facilement chez les enfants et les adolescents que chez les adultes.

Les cas que nous avons relevés dans nos observations ne semblent pas avoir été influencés par ce facteur.

Cinq de nos observations concernent des sujets de 7 à 14 ans ; six, concernent des jeunes gens de 18 à 22 ans ; et sept, des hommes de 31 à 36 ans. Deux seulement concernent des adultes entre 38 et 40 ans.

Un jeune homme de 14 ans $1/2$ atteint d'une plaie pénétrante de l'œil droit avec large plaie de la cristalloïde antérieure avait une grande partie de son cris-

tallin encore transparent cinq semaines après le traumatisme.

Toutefois, au delà de 40 ans, nous n'avons relevé qu'une seule fois l'existence d'une opacité traumatique partielle du cristallin.

Par les conditions même du travail, les hommes sont plus fréquemment atteints que les femmes et les adolescents.

Les agents vulnérants peuvent traverser la cornée seule, la cornée et l'iris, parfois même la sclérotique pour aller léser le cristallin.

Les corps vulnérants sont très variés par leur nature, leur forme et leur volume.

Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, ce sont de petits éclats métalliques (corps magnétiques, cuivre, etc...) éclats de verre, fragments de silex.

Tantôt, l'agent vulnérant est un instrument piquant (aiguille, alène, fil de fer). D'autres fois, le cristallin est perforé, de part en part, par un instrument coupant (couteau, ciseau, etc...).

Mais, dans la très grande majorité des cas, nous avons affaire à de tout petits corps étrangers métalliques qui, après avoir traversé la cornée, l'iris et le cristallin, vont se loger dans la partie postérieure de la coque oculaire.

Il existe des appareils protecteurs (masques, lunettes) de différents modèles susceptibles de diminuer, dans de grandes proportions, le nombre des accidents oculaires.

Mais il y a des conditions du travail incompatibles avec le port de lunettes.

La gêne de la vision éprouvée par l'ouvrier, due à l'obscursissement rapide des verres, le fait accepter très difficilement ces moyens prophylactiques.

Les blessures cristallineuses que nous étudierons sont presque toutes de causes directes : un ouvrier, en burinant, est blessé à l'œil par un éclat métallique. Un terrassier ou un maçon en piochant, ou en équarissant une pierre est frappé à l'œil par un éclat. Enfin un individu, en cassant du bois, est subitement atteint à l'œil par un fragment qui après avoir perforé la cornée, embroche le cristallin.

Bien plus rares sont les opacités traumatiques partielles du cristallin par contusion sans rupture de la capsule.

Nous donnerons plus loin l'observation d'un homme blessé pendant son travail par un gros fil d'argent. Nous avons constaté, le lendemain de l'accident, une plaie contuse de la cornée avec une opacification partielle du cristallin n'intéressant que les couches antérieures de la lentille. Le blessé a guéri très rapidement. L'œil traumatisé n'a conservé qu'une opacité minime du cristallin avec une acuité voisine de la normale.

Les opacités partielles du cristallin par contusion avec rupture de la cristalloïde sont plus fréquentes.

Dans ces cas, l'opacification débute au niveau de la plaie capsulaire ; mais, très rapidement, les couches postérieures de la lentille se prennent et nous pou-

vons parfois observer l'opacité en étoile de la cristalloïde postérieure.

2° Symptômes

La symptomatologie des opacités traumatiques partielles du cristallin est des plus variables : et l'on pourrait, à ce sujet, passer en revue toutes les variétés cliniques des traumatismes du globe.

Nous décrirons simplement les deux aspects cliniques que nous avons le plus fréquemment observés.

1° Les opacités traumatiques du cristallin au cours des grands traumatismes du globe;

2° Les opacités traumatiques au cours des traumatismes à petit fracas.

Dans la première variété, la lésion cristallinienne n'est qu'un phénomène accessoire parmi tous les signes classiques des traumatismes graves du segment antérieur. Nous ne nous y arrêterons pas longtemps.

Le blessé se présente toujours immédiatement après le traumatisme, parce qu'il ne voit pas et que, généralement, il souffre.

L'œil est douloureux, photophobe, larmoyant.

Il y a une légère injection périkeratique. La cornée est le siège d'une plaie plus ou moins étendue. La chambre antérieure est effacée.

Très souvent, l'iris et les fibres cristalliniennes opacifiées font hernie à travers les lèvres de la plaie cornéenne.

La capsule est largement ouverte et les masses cristalliniennes gonflées et opacifiées envahissent la chambre antérieure.

Le fond de l'œil est inexplorable.

La tension est abaissée.

La vision est nulle.

OBSERVATION I (Personnelle)

M. G..., Paul, 15 ans, aide tôlier.

Fil droit. — Blessé le 3 mars 1922 dans les circonstances suivantes :

« En coupant de la tôle, aurait été atteint à l'œil par un éclat ».

Le travail a été cessé immédiatement, le blessé n'avait encore reçu aucun soin lorsqu'il s'est présenté à nous pour la première fois.

Il ne portait pas de pansement sur l'œil blessé ; et ne donnait pas l'impression de souffrir beaucoup.

A l'examen, nous constatons l'existence de phénomènes irritatifs très légers, sans photophobie.

Il existe une plaie linéaire de la cornée étendue du limbe scléro-cornéen à 11 hrs au bord pupillaire à X hrs. et obliquement dirigée en bas et en dehors.

L'iris est enclavé entre les bords de la plaie.

En regard de la plaie cornéenne, on note une plaie symétrique de la capsule antérieure avec hernie des masses cristalliniennes opacifiées. Tout autour de la plaie capsulaire, il existe une zone blanchâtre qui ne semble intéresser que les couches antérieures de la lentille.

Le reste du cristallin est transparent.

La tension est abaissée.

Il nous est impossible d'explorer le fond de l'œil.

Une exploration avec le gros électro-aimant reste négative.

Un lavage au sérum est pratiqué, suivi d'un pansement occlusif.

L'œil gauche est normal.

V. O. G. = 10/10.

Le 4 mars 1922, le prolapsus irien est réséqué, et un recouvrement de la plaie cornéenne par la conjonctive, est pratiqué.

Les suites opératoires sont normales.

Les fils sont enlevés le 10 mars.

Nous constatons que la plaie cornéenne est en bonne voie de cicatrisation, avec une adhérence de l'iris à ce niveau.

La chambre antérieure est rétablie.

L'opacification du cristallin ne s'est pas étendue. Toutefois, il y a quelques masses cristalliniennes dans la chambre antérieure.

A l'ophtalmoscope, on aperçoit de nombreux corps flottants dans le vitré.

Le 25 mars 1922, les phénomènes inflammatoires sont encore marqués. La cicatrice irido-cornéenne est consolidée. Les masses cristalliniennes qui étaient dans la chambre antérieure se sont résorbées.

La tension est normale.

Le cristallin s'éclaircit.

A l'ophtalmoscope, on aperçoit des séries noirâtres situées

sur la cristalloïde postérieure, un trouble du vitré avec de nombreux corps flottants.

V. O. D. = compte les doigts à 0 m. 25.

L'œil gauche est normal.

V. O. G. = 10/10.

Ce blessé est toujours en traitement.

Il est possible que l'opacité du cristallin se complète ultérieurement. Mais, de cette observation, nous retiendrons :

1° Que malgré le jeune âge du sujet et l'importance de la plaie capsulaire, plus de trois semaines après le traumatisme, l'opacification de la lentille ne s'est pas complétée ;

2° Qu'après la résorption des fibres cristalliniennes qui avaient fait hernie entre les lèvres de la plaie capsulaire, le trouble cristallinien commence à diminuer.

La symptomatologie des plaies du deuxième groupe est tout à fait différente par leur aspect et leur évolution.

Tantôt, l'ouvrier, à la suite d'un traumatisme qu'il croit banal, ne sollicite aucun soin parce qu'il ne souffre pas.

Tantôt, après avoir reçu des soins sommaires à l'infirmerie de l'usine, l'ouvrier regagne son atelier et continue son travail.

Enfin, certains blessés vont trouver l'oculiste longtemps après l'accident, parce que l'œil est lar-

moyant et photophobe. Ils ont la sensation « d'un corps étranger qui roule sous la paupière ».

La vision est diminuée.

Le plus souvent, c'est une baisse visuelle qui amène le blessé à réclamer un examen médical.

A l'examen de la cornée qui sera fait minutieusement au moyen de la loupe binoculaire aidée par un bon éclairage latéral, nous apercevons une petite plaie ou cicatrice cornéenne linéaire, parfois punctiforme.

La chambre antérieure a sensiblement conservé sa profondeur normale.

L'iris présente parfois une petite brèche en regard de la plaie cornéenne.

La pupille est ronde, quand la lésion irienne ne se trouve pas au niveau du bord libre, et réagit bien à la lumière.

L'examen du cristallin se fait d'abord avant dilatation pupillaire.

Mais, après que l'on aura constaté qu'il n'existe pas d'hypertension, la pupille est dilatée par instillation d'un collyre à l'atropine et le cristallin est minutieusement examiné à la périphérie.

A son niveau, on note une plaie ou une cicatrice capsulaire qui apparaît sous la forme d'une strie épaisse et grisâtre; et immédiatement en arrière, une zone d'opacification du cristallin.

Très souvent, dès ce moment, on peut suivre, au travers de la lentille, le trajet antéro-postérieur du corps étranger.

En examinant de plus près la plaie capsulo-lenticulaire, on peut voir un bouchon de masses cristalliniennes opacifiées, collé contre la brèche capsulaire. Dans ce cas, il n'est pas rare de rencontrer quelques masses molles dans la chambre antérieure.

Enfin quand le choc a été violent, partant de ce point d'opacification antérieure, le trouble gagne la face postérieure de la lentille où, très souvent, on aperçoit une opacification en étoile.

OBSERVATION II (Personnelle)

V... Jean, 36 ans, cimentier.

Œil droit blessé le 29 mars 1919 dans les circonstances suivantes : « alors qu'il piquait un mur de ciment, un éclat « est venu l'atteindre à l'œil ».

Immédiatement après l'accident, il se rendit dans une pharmacie voisine où on lui fit un lavage de l'œil. Le lundi suivant, le 31 mars, le blessé se rendit à son travail comme d'habitude ; mais, comme sa vue baissait, de plus en plus, il se décida à aller consulter un médecin qui fit les constatations suivantes :

« Œil droit : Légère rougeur de la conjonctive bulbaire.
« Injection périkeratique faible. La chambre antérieure est-
« normale. La pupille réagit bien à la lumière. La cornée
« présente une cicatrice linéaire de 1 millimètre de longueur
« environ, au-dessous du centre pupillaire.

« Au cristallin, il y a : 1° une opacité localisée à la partie
« supérieure des couches antérieures de la lentille, décou-

« verte complètement par dilatation pupillaire atropinique ;
« et 2° de grosses opacités radiées de la cristalloïde posté-
« rieure rayonnant du pôle postérieur.

« V. O. D. = 1/20 à peine.

« V. O. G. = 10/10. »

Le 11 avril 1919, nous sommes appelé à examiner ce blessé. Nous faisons les constatations suivantes :

Au niveau de la cornée, nous notons une cicatrice linéaire horizontale située un peu au-dessous du bord pupillaire. Il n'y a pas de réaction de voisinage. L'iris présente au niveau de son bord sphinctérien, à XII hrs. une déchirure. Symétriquement à cette brèche irienne, il existe une cicatrice de plaie de la cristalloïde antérieure et opacification des lames sous-jacentes du cristallin.

Au niveau du pôle postérieur de la lentille, il existe en outre une large opacité en étoile.

Le fond de l'œil est normal.

La tension est normale.

V. O. D. = 1/10.

L'œil gauche ne présente rien de particulier.

V. O. G. = 10/10.

Nous conseillons de pratiquer une radiographie et de procéder à une exploration à l'électro-aimant.

Le 18 avril 1919, nous revoyons l'ouvrier qui nous fait savoir qu'une radiographie aurait révélé la présence d'un corps étranger intra-oculaire. Toutefois, une exploration avec le gros électro-aimant serait restée sans effet.

Le 5 mai 1919, quatre autres radiographies ont été faites ainsi que deux explorations prolongées avec le gros aimant, sans résultat.

Le 16 mai 1919, l'œil blessé ne présente plus de phénomènes inflammatoires. L'opacité cristallinienne reste stationnaire.

V. O. D. = 1/10.

L'œil gauche est normal.

V. O. G. = 10/10.

Nous estimons, à cette date, que l'état du blessé ne nécessite plus de soins et nous fixons la date de la consolidation au 17 juin 1919.

Le taux de l'incapacité partielle et permanente de travail a été évalué entre 26 et 28 o/o.

OBSERVATION III (Personnelle)

C... Gustave, 36 ans, tailleur de pierres.

Œil gauche : blessé le 15 mai 1919 par un fragment de granit ou d'acier.

Le travail a été cessé de suite. Les soins ont été donnés par le Dr P... de Versailles.

Nous avons examiné ce blessé en contre-visite le 31 mai 1919 ; et nous avons fait les constatations suivantes :

L'œil gauche est le siège d'une vascularisation conjonctivale siégeant du côté nasal.

On remarque, au niveau de la cornée, une cicatrice étendue de VIII hrs. à X hrs. n'atteignant pas le limbe.

Symétriquement à cette cicatrice, il existe une autre cicatrice irienne à VIII hrs. avec synéchie et opacification de la cristalloïde antérieure.

Cette dernière constitue le point de départ d'une cataracte

traumatique localisée au pôle postérieur de la lentille et rendant impossible l'examen du fond de l'œil.

Il existe au Javal, un astigmatisme irrégulier avec empiètement des mires.

Après dilatation pupillaire par l'atropine, la vision n'est pas améliorée.

V. O. G. = 1/10.

L'œil droit est normal.

V. O. D. = 10/10.

Il n'a été procédé à aucune exploration à l'électroaimant. La radiographie n'a pas été faite.

Le 16 juin 1919, nous avons examiné de nouveau ce blessé. Nous n'avons constaté aucun changement au niveau de l'œil blessé; l'opacité cristallinienne n'avait pas augmenté, mais la vision restait basse malgré l'état stationnaire de l'opacité du cristallin.

Le blessé est consolidé le 17 juin 1919. Il reste atteint d'une incapacité partielle et permanente de travail que l'on peut évaluer à 21 0/0.

Le plus souvent, étant donné le peu de phénomènes irritatifs et de photophobie, et la transparence presque complète du vitré, nous sommes à même de procéder facilement à un examen du fond de l'œil.

Cet examen nous permet parfois de constater, en regard du trajet blanchâtre intracristallinien, une lésion localisée de chorio-rétinite qui est le point d'implantation ou la porte de sortie du corps étranger.

OBSERVATION IV (Personnelle)

M... Maurice, 22 ans 1/2, mécanicien-ajusteur.

Œil droit, blessé le 25 novembre 1921 vers 17 heures dans les circonstances suivantes : « En frappant sur une pièce « avec un marteau, il aurait été atteint à l'œil droit par un « petit éclat d'acier. »

Le blessé, dont l'œil gauche a été énucléé pendant l'enfance, a continué à travailler jusqu'au soir.

Il n'a pas eu connaissance d'écoulement de liquide de son œil ; mais aussitôt après le traumatisme, il s'est aperçu qu'il voyait moins bien qu'avant.

Il était surtout gêné par de « grosses taches noires devant l'œil ».

Pendant la soirée, il n'éprouve que des phénomènes irritatifs très légers. La nuit se passe sans incident.

Mais le lendemain matin, les phénomènes inflammatoires devenant plus marqués, le blessé vient consulter.

Le 26 novembre 1921, nous faisons les constatations suivantes :

Œil droit : à un examen superficiel, on ne note qu'un larmolement assez marqué sans photophobie, ni injection périkeratique. A l'éclairage oblique, on voit sur la cornée, à égale distance entre le limbe et le bord pupillaire, à IX hrs., une plaie pénétrante obliquement dirigée de haut en bas, et de dedans en dehors.

Directement en regard de la plaie cornéenne, il existe une brèche irienne dirigée transversalement et mesurant 2 millimètres sur 1 millimètre environ.

La chambre antérieure est de profondeur normale.

La pupille non déformée réagit bien à la lumière. La tension est normale.

Après dilatation pupillaire, on voit une opacification partielle du cristallin siégeant immédiatement en arrière de la brèche irienne.

V. O. D. = 4/10 sans verre.

Une exploration avec l'électro-aimant de Hanrard faite le jour même est restée sans résultat.

L'œil gauche a été énucléé dans le jeune âge.

Le 27 novembre 1921, une deuxième exploration faite à l'hôpital Lariboisière avec le gros électro-aimant de Volkman est demeurée sans résultat.

La vision a diminué sensiblement. Les phénomènes inflammatoires sont plus marqués; mais il n'y pas d'injection péri-kératique ni de douleur au niveau de la région ciliaire.

Le 28 novembre 1921, le blessé se conduisant difficilement, entre à Lariboisière où l'on pratique deux nouvelles explorations et d'où il sort le 2 décembre 1921.

Le 2 décembre 1921, les phénomènes irritatifs se sont notablement amendés. A l'examen du fond de l'œil, on aperçoit dans l'extrême regard en bas, une lésion chorio-rétinienne bien localisée, point de passage ou d'implantation d'un corps étranger.

V. O. D. = 2/10.

La radiographie montre la présence d'un corps étranger intra-oculaire.

Le 5 décembre 1921, il n'y a plus d'irritation oculaire ni de phothophobie. L'opacification semble s'étendre. Toutefois, en l'examinant soigneusement, à la loupe, on constate

que la plaie capsulaire s'est refermée. Il n'y a pas de masses cristalliniennes dans la chambre antérieure.

Il existe un point d'opacification plus saturée dans le voisinage du point de pénétration du corps étranger.

V. O. D. = 3/10.

Le 16 décembre 1921, il y a une amélioration légère de la vision.

V. O. D. = 4/10 amélioré par sphérique + 1 D.

Le blessé se plaint de diplopie. Il lit très difficilement le n° 6 de l'échelle de de Wecker.

Le 21 décembre 1921, le trouble cristallinien qui s'était constitué tout autour du point d'opacification a considérablement diminué.

V. O. D. = 4/10 sans verre.

V. O. D. = 7/10 après correction par un sphérique + 1 D.

Le 6 janvier 1922, la vision augmente d'une façon progressive. Nous prescrivons des verres correcteurs, et le blessé reprend le travail le 9 janvier 1922, sous réserve d'une surveillance bi-mensuelle.

V. O. D. = 8/10 avec sphérique + 10.

Les 1^{er} et 15 février 1922, l'état oculaire objectif s'améliore de jour en jour.

V. O. D. = 8/10 sans verre.

Le blessé se plaint toujours de diplopie dans la vision de près. C'est une diplopie par polycorie, supprimée par l'occlusion de l'orifice irien. Nous envisageons un tatouage.

Le 2 mars 1922, rien de particulier. La vision est presque normale

Le 25 mars 1922, il n'y a plus de phénomènes inflammatoires. A l'éclairage oblique, on note une cicatrice cornéenne

intermédiaire entre le limbe et le bord pupillaire obliquement dirigée en bas et en dehors. En regard, une brèche irienne dirigée transversalement pouvant mesurer 1 mm. 1/2 sur 3/4 millimètres.

La pupille est normale et réagit bien à la lumière. Dans le regard en bas et en dehors, on aperçoit une tache blanche intéressant toute l'épaisseur du cristallin et représentant le trajet du corps étranger.

Le reste du cristallin est parfaitement transparent. La lésion chorio-rétinienne est toujours stationnaire.

V. O. D. = 7/10 sans verre.

V. O. D. = 9/10 avec + 1D.

Le blessé se plaint toujours de polyopie due à la brèche irienne. Ce trouble est considérablement atténué par le port du verre correcteur convexe de 1D ou lorsque son attention est fortement concentrée sur son travail.

Quoique l'acuité visuelle de ce blessé soit très voisine de la normale, il y a lieu de lui reconnaître une incapacité partielle et permanente du travail que l'on peut évaluer à 10 o/o. La diplopie surtout marquée dans la vision de près constitue incontestablement une diminution de la capacité de travail.

OBSERVATION V (Personnelle)

P... Paul, 32 ans ajusteur.

Œil gauche : blessé le 10 février 1919 à 10 hrs par un éclat d'acier. Le travail a été cessé aussitôt et le blessé s'est présenté à la consultation du Dr C... le jour même. Nous faisons les constatations suivantes : L'œil gauche est le siège d'une irritation légère, avec photophobie et larmoiement.

La cornée présente, près de la périphérie, à IX hrs, une blessure linéaire intéressant toute son épaisseur.

En regard de la plaie cornéenne, une brèche irienne périphérique à IX hrs. La pupille est déformée.

L'œil est hypotone.

Après dilatation pupillaire par l'atropine, on note une opacification partielle du cristallin, tout à fait à la périphérie dans la partie interne du méridien horizontal.

Il nous a été impossible ce jour-là de pratiquer un examen du fond de l'œil. Il y a pénétration oculaire probable d'un corps étranger.

L'œil droit est normal, sauf un léger astigmatisme myopique.

V. O. D. = 2/3 avec (cyl. 0° — 0D75) — 0D50.

Le 12 février 1919, une radiographie faite ce jour-là est négative.

Le 13 février 1919, une exploration avec le gros électro-aimant ne donne aucun résultat.

V. O. G. = 0,2 sans verre.

V. O. G. = légèrement amélioré par (0° — 0D75) — 0D50.

Le 12 mars 1919, après dilatation pupillaire par l'atropine, nous remarquons que l'opacification du cristallin est restée stationnaire.

Dans le regard en bas, on aperçoit dans la partie inférieure une lésion de chorio-rétinite ayant la forme d'un ovale très allongé avec légère pigmentation suivant le grand axe.

La pénétration d'un corps étranger dans l'intérieur de l'œil semblant certaine, une nouvelle recherche à l'aimant, a été faite. Le résultat a été encore une fois négatif : le corps étran-

ger étant sans doute trop profond ou trop parfaitement enclavé.

Une radiographie est décidée et confiée au Dr L...

Le 17 mars 1919, la radiographie démontre l'existence d'un corps étranger qui se déplace avec l'œil et suit les mouvements du pôle antérieur.

Toute réaction inflammatoire a disparu..

V. O. G. = 0,4 avec (cyl. 00 — 0D75) — 0D50.

V. O. D. = 0,7 avec (cyl. 00 — 0D75) — 0D50,

Le blessé est consolidé pour le 17 mars 1919.

Le 6 juin 1919, ce blessé est expertisé. Le rapport de l'Expert est ainsi conçu dans sa partie essentielle.

« Au niveau de la partie interne du diamètre horizontal, il existe une petite cicatrice scléro-cornéenne ; et en face une déchirure de l'Iris à son insertion.

« Etoile d'opacification du cristallin.

« Lésion chorio-rétinienne visible dans le regard en bas, point d'implantation probable d'un corps étranger.

« V. O. G. = 0,3 sans verre.

« V. O. G. = 0,4 après correction.

« L'œil droit est normal. »

L'incapacité partielle et permanente de travail est évaluée à 18 0/0.

Le 20 mars 1922, même lésions cicatricielles cornéenne et irienne. L'opacification du cristallin n'a pas augmenté. Pas de trouble oculaire dû à la sidérose provoquée par la présence du corps étranger.

V. O. G. = 0,3 sans verre.

V. O. G. = 0,5 avec (cyl. : 0° — 0D50) — 0D50.

L'œil droit est normal.

Depuis trois ans, aucune modification ne s'est produite dans l'œil traumatisé.

D'autres fois, l'examen du fond de l'œil est impossible à pratiquer, à cause de l'hémorragie du fond de l'œil.

OBSERVATION VI (Personnelle)

L... Raphaël, 14 ans 1/2, apprenti mécanicien.

Œil gauche blessé le 4 juin 1920, dans les circonstances suivantes : « En frappant sur une pièce d'acier, aurait reçu « un gros éclat à l'œil ».

Le travail a été cessé le jour même et le blessé s'est présenté chez un médecin qui constata la présence d'une plaie pénétrante de la cornée au niveau du limbe à VIII hrs, avec hernie de l'iris.

La hernie fut réséquée et l'examen des milieux profonds de l'œil fait, deux jours après, révéla la présence d'une opacification partielle du cristallin et une hémorragie du vitré.

Le 15 juin 1920, nous sommes chargés par la Compagnie d'Assurances d'examiner ce blessé.

Œil gauche : Cicatrice de plaie pénétrante au niveau du limbe scléro-cornéen à VIII hrs, avec adhérence de l'iris.

Opacités cristalliniennes localisées dans le secteur correspondant.

Il y a un léger trouble du vitré avec de nombreux corps flottants.

La tension est normale.

V. O. G. = 1/10.

L'œil droit est normal.

V. O. D. = 10/10.

Le 24 juin 1920, il y a une amélioration très nette de l'état oculaire. Les phénomènes inflammatoires ont disparu. La vision augmente.

V. O. G. = 5/10.

Le 26 juillet 1920, cicatrice scléro-cornéenne à VIII hrs avec adhérence de l'iris et colobome irien traumatique.

Opacités cristalliniennes centrale et inféro-nasale. Pas de trouble du vitré.

Le fond de l'œil est normal.

V. O. G. = 5/10 sans verre.

V. O. G. = 6/10 avec (cyl. 45° — 3_D50) + 1_D.

V. O. D. = 10/10.

Consolidation au 12 juillet. I. P. P. — 10 0/0.

Nous procéderons systématiquement à une ou plusieurs explorations avec le gros électro-aimant ; et si le résultat est négatif, à une radiographie.

Toutes les fois qu'il y a trouble cristallinien, plaie cornéenne et brèche irienne, il faut procéder à un examen avec le gros électro-aimant. On se rappellera, au sujet d'explorations magnétiques, qu'on pêche toujours par défaut et jamais par excès.

La pratique des accidents du travail, comme la pratique, des blessures de guerre, nous a prouvé surabondamment que le nombre des corps étrangers intra-oculaires méconnus est considérable.

Souvent le diagnostic n'est qu'une découverte d'expertise ou ne devient évident qu'au moment de l'apparition des complications.

OBSERVATION VII (Personnelle)

T... Marceau, 36 ans, fraiseur.

Oeil gauche : blessé le 28 juillet 1921 par un éclat de lime.

Le travail n'a pas été interrompu. En l'absence de douleur ou de réaction oculaire, le blessé n'a sollicité aucun soin.

Toutefois, à partir de ce moment, il constate une baisse progressive de la vision de l'œil gauche.

Le 4 octobre suivant, ayant reçu des grains d'émeri dans le même œil, il interrompt son travail et se rend chez un médecin de La Courneuve auquel il se plaint de sa baisse visuelle du côté gauche.

Ce médecin, n'étant pas spécialiste, nous l'envoie aux fins d'examen.

Le 4 octobre 1921, nous faisons les constatations suivantes :

L'œil gauche est le siège de phénomènes inflammatoires en rapport avec la présence d'un corps étranger sous-conjonctival, côté nasal, avec hyperhémie conjonctivale. La cornée est intacte ; nous ne relevons aucune trace de cicatrice en rapport avec une plaie cornéenne récente ou ancienne.

L'iris réagit bien. Le cristallin paraît normal, dans la zone pupillaire, au moins.

A l'ophtalmoscope, avant dilatation pupillaire, l'examen du fond de l'œil montre un flou papillaire avec trouble léger du vitré.

Ce trouble du vitré est-il le reliquat d'une hémorragie du

vitré ou l'indice d'une chorio-rétinite due à la présence d'un corps étranger intra-oculaire ?

Il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel. Il n'y a pas de scotome.

V. O. G. = $4/10$.

L'œil droit ne présente rien d'anormal.

V. O. D. = $10/10$.

Le 5 novembre 1921, une exploration avec l'électro-aimant de Hanrard reste négative. Le travail est repris ce jour-là ; mais le blessé reste en surveillance bi-mensuelle.

Le 19 novembre 1921, après mydriase atropinique, nous constatons une opacité cristallinienne située à la périphérie vers VI hrs.

Cette opacification n'intéresse que les couches antérieures de la lentille et est cachée par l'iris.

Le même trouble du vitré persiste.

V. O. G. = 0,3.

V. O. D. = $10/10$.

Nous conseillons la recherche de la réaction de Wassermann dans le sang. Le résultat est négatif. L'examen général du blessé ne relève aucune tare pathologique. Un certificat d'incapacité partielle et permanente de travail est délivré au blessé.

La Compagnie d'Assurances dont le médecin conseil refuse de reconnaître l'origine traumatique des troubles oculaires, fait procéder à une expertise qui a été pratiquée par le docteur C... au mois de mars 1922.

Le rapport d'expertise est ainsi conçu dans ses parties essentielles.

« Œil gauche : opacité cornéenne punctiforme située

« dans le champ pupillaire à VII hrs. La pupille se dilate
« bien. Synéchie à VI hrs, avec pigment sur la cristalloïde
« antérieure. Opacité du cristallin.

« Le trouble du vitré ne permet pas d'apercevoir la
« papille.

« Corps étranger intra-oculaire probable.

« V. O. G. = 1/10.

« V. O. D. = 10/10. »

A la suite de cet examen, une nouvelle exploration avec le gros électro-aimant est restée négative.

M. T... continue à travailler. Il restera sous notre surveillance pour un temps encore.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

P... René, 16 ans, ajusteur.

« Œil gauche blessé le 25 mai 1920; en frappant avec un
« marteau sur un burin, aurait reçu un éclat dans l'œil
« gauche. »

Le 28 mai 1920, ce blessé se présente à la consultation du Dr C..., et nous faisons les constatations suivantes :

Œil gauche: réaction oculaire légère. Mydriase atropinique, larmoiement, photophobie.

A l'éclairage oblique, on note une plaie pénétrante de la cornée empiétant sur la partie inférieure du champ pupillaire vers VIII hrs. En regard de cette plaie cornéenne, on constate une encoche irienne et dans la zone correspondante du cristallin, une opacité localisée.

V. O. G. = 6/10 sans verre.

V. O. D. = 6/10 sans verre.

V. O. D. = 9/10 avec ($0^0 - 1^D$) — 0^D 75.

Une exploration faite avec le gros électro-aimant est restée négative.

Le 15 juin 1920, il n'existe plus aucun phénomène inflammatoire. On note de l'astigmatisme irrégulier au Javal.

V. O. G. = 8/10 sans verre.

V. O. G. = 10/10 après correction.

V. O. D. = 10/10 après correction.

Dans le regard en bas et légèrement en dedans, on aperçoit au pôle antérieur du cristallin, une opacité en fuseau de 2 mm. $1/2$.

Le travail est repris le 5 juillet 1920.

Le 20 juillet 1920, l'état est stationnaire.

V. O. G. = 10/10 après correction.

V. O. D. = 10/10 après correction.

Quoique la vision soit normale après correction de l'astigmatisme par un verre approprié, il a été alloué à cet ouvrier une rente de 15 0/0.

Le 3 août 1920, le blessé se plaint de troubles visuels légers mais n'interrompt pas le travail.

Le 21 avril 1921, la vision de l'œil gauche ayant continué à baisser, le blessé vient consulter.

V. O. G. = 3/10 sans verre.

V. O. G. = 5/10 après correction.

V. O. D. = 10/10 après correction.

Il n'y a pas de phénomènes inflammatoires, pas d'injection périkeratique. La tension est normale.

L'état du cristallin est stationnaire.

Après dilatation pupillaire, on constate à l'ophtalmos-

cope, dans le regard en bas et en dedans, un foyer localisé de chorio-rétinite. Le vitré est un peu trouble.

Le 20 mai 1921, la pupille se laisse bien dilater par l'atropine. Il y a une synéchie à VI hrs.

Le trouble du vitré est un peu plus prononcé.

V. O. G. = 2/10.

Le 23 février 1922, la baisse de la vision s'est accentuée, celle-ci atteint à peine deux dixièmes de la normale.

Le trouble du vitré est accompagné de nombreux corps flottants. Des phénomènes de sidérose oculaire ont fait leur apparition. Mais l'opacification du cristallin ne s'est pas étendue. On ne note qu'une opacité étendue à toute l'épaisseur du cristallin et visible à l'éclairage oblique dans le regard latéral. Cette opacité indique le trajet du corps étranger. L'œil droit est normal.

V. O. G. = 2/10 faible.

V. O. D. = 10/10.

Il est intéressant de noter que l'aggravation du trouble visuel est due à des lésions de sidérose provoquées par la présence d'un corps étranger intra-oculaire.

Quand à la lésion cristallinienne, elle est restée stationnaire.

OBSERVATION IX (Personnelle)

F... Anthelme, 56 ans, charron.

Œil droit, blessé le 14 mars 1915, en rabotant une roue, aurait été blessé à l'œil par un éclat.

M. F... a reçu des soins à la fondation Rothschild du 15 au 19 mars.

Le 20 mars, M. F... vient nous consulter. Nous faisons les constatations suivantes :

L'œil droit est le siège d'une réaction inflammatoire intense avec léger hypopion. La cornée présente une petite opacité à égale distance entre le bord pupillaire et le limbe à VIII hrs. En regard de cette opacité, on remarque une perforation de l'iris. La pupille est ronde. On remarque de nombreux exsudats sur la face antérieure du cristallin.

Le vitré est trouble.

V. O. D. = $1/4$.

V. O. G. = $10/10$ avec + 0^D 50.

Une exploration avec le gros électro-aimant de Volkmann est faite à Lariboisière et ne donne aucun résultat.

Les 21 et 22 mars 1916, de nouvelles explorations prolongées sont tentées avec le gros aimant. Elles sont également infructueuses.

Il n'y a plus d'hypopion.

Les phénomènes inflammatoires se calment de plus en plus.

Le 23 mars 1916, la vision remonte.

V. O. D. = $1/3$.

Les jours suivants, l'acuité visuelle s'élève progressivement.

Le 29 mars, elle est de $5/10$; le 18 avril. Elle atteint 0,7 à 0,8.

Sur sa demande, le blessé reprend le travail le 19 avril 1916.

Vu la diminution légère de l'acuité visuelle il n'y a pas d'incapacité partielle et permanente de travail.

Le 2 février 1919, M. F... revient parce que la vision a beaucoup baissé.

A un premier examen, on voit toujours l'opacité cornéenne et la déchirure de l'iris signalées autrefois.

Mais V. O. D. = 0,3 avec + 1^D.

Après mydriase atropinique, on observe des traces de synéchies postérieures rompues. Une opacification partielle du cristallin partant de la blessure irienne au niveau de laquelle il semble y avoir une adhérence. Il y a aussi d'autres troubles de la région postérieure du cristallin.

Le vitré est légèrement trouble avec quelques corps flottants.

Le travail n'a pas été interrompu depuis le 19 avril 1916.

Nous délivrons au blessé un certificat d'incapacité partielle et permanente de travail. Le taux en est évalué à 15 0/0.

Le 31 mai 1921, le trouble du vitré a augmenté. Il n'y a pas d'injection périkeratique. Les phénomènes de sidérose ont fait leur apparition. La tension est nettement au-dessus de la normale. T + 1.

V. O. D. = 2/50.

V. O. G. = 10/10.

Le 31 juillet 1921, le trouble du vitré est très intense. Légère injection périkeratique. T + 2.

L'opacité cristallinienne est restée stationnaire.

V. O. D. = p. q.

L'œil gauche est normal.

Ce blessé n'a pas été revu depuis cette date.

Il ne faut pas se contenter d'une seule exploration comme on le fait trop souvent. On fera plusieurs

explorations; car il semble qu'il existe une aimantation remanente qui facilite l'extraction après des explorations répétées.

OBSERVATION X (Personnelle)

T... Paul, 18 ans, ajusteur.

Ceil droit, blessé le 29 janvier 1919 par un éclat métallique en burinant. Le travail a été interrompu le jour même.

On constate à ce moment, une petite plaie linéaire de la cornée près du bord pupillaire à 10 heures. Après dilatation pupillaire atropinique, on aperçoit une opacification limitée du cristallin en regard de la blessure cornéenne.

Envoyé à Lariboisière le lendemain, on fit trois explorations avec l'électro-aimant.

Les deux premières sont restées sans résultat.

La troisième faite par voie trans-sclérale, réussit à extraire le corps étranger.

Les suites opératoires furent normales.

Le 21 février 1919, il n'y a pas de réaction, pas de douleur. Bonne cicatrisation de la plaie sclérale. La tension oculaire a l'air très légèrement diminuée. Il existe une synéchie à 12 heures avec cataracte partielle à ce niveau.

L'examen ophtalmoscopique ne relève aucune lésion du fond de l'œil.

V. O. D. = 0,5 avec (0° — 2°, 50) + 1^D.

V. O. G. = 0,7 à 0,8 avec (0° — 2°, 50) + 1^D.

Le 26 février 1919, il existe encore un peu de vascularisation épisclérale au niveau de la plaie opératoire. La vision ne s'est pas sensiblement modifiée.

Le 22 mars 1919, même état objectif. Le blessé est consolidé pour le 24 mars 1919.

V. O. D. = 0,5 avec (cyl. : 75° N — 2D50) + 1D50

V. O. G. = 0,9 avec (cyl. : 0° — 2D50) + 1D.

Incapacité partielle et permanente de travail évaluée à 12 0/0.

Le 29 mars 1922, actuellement, l'œil blessé ne présente aucune irritation. La cicatrice cornéenne à XI hrs est à peine visible. On constate encore une adhérence de l'iris à ce niveau, avec la cristalloïde antérieure.

Les réflexes sont normaux. Le fond de l'œil est normal. L'astigmatisme cornéen irrégulier a notablement diminué et ne dépasse pas actuellement une dioptrie.

L'acuité visuelle s'est améliorée également. Elle atteint maintenant 5/10 sans verre.

V. O. D. = 5/10 sans verre.

V. O. D. = 7/10 à 8/10 avec cyl. + 0D75 axe vertical.

L'œil gauche est normal.

V. O. G. = 10/10.

Il y a lieu d'envisager une diminution de la rente qui avait été allouée à cet ouvrier il y a trois ans en raison de l'amélioration manifeste de l'état oculaire.

Quand il y a doute, on aura recours à un examen radiographique qui sera fait de face, de profil et sur différents plans.

Nous avons reproduit, plus haut, l'observation d'un blessé qui, malgré les signes évidents d'un corps étranger intra-oculaire avait été exposé, sans succès, à l'action du gros électro-aimant.

Une radiographie nous a permis de constater la présence d'un petit corps étranger intra-oculaire situé très profondément dans la coque oculaire.

Un examen méthodiquement pratiqué permettra donc toujours de reconnaître l'opacité traumatique du cristallin et la cause qui lui a donné naissance.

3° Evolution

L'évolution de ces plaies cristalliniennes est avant tout fonction de l'infection.

En supposant que l'agent vulnérant n'ait apporté aucun germe septique, l'évolution de ces plaies est assez simple.

OBSERVATION XI (Personnelle)

C... François, 36 ans, lamineur.

Ceil gauche: blessé le 21 mars 1919 à 18 heures vient nous consulter le 22 mars. Nous faisons les constatations suivantes: la cornée gauche est le siège d'une plaie pénétrante centrale. L'iris n'a pas été atteint. La pupille bien ronde, réagit bien à la lumière.

Le cristallin présente, en regard de la plaie cornéenne, une opacification des couches antérieures avec petite déchirure de la capsule. Les phénomènes inflammatoires sont très modérés.

L'œil droit est normal.

V. O. D. = 10/10.

Le lendemain, 23 mars, nous procédons à une exploration avec le gros électro-aimant, suivie d'une radiographie.

Les deux épreuves sont négatives.

L'évolution se fait sans aucun incident.

Le 4 avril suivant, quinze jours après l'accident, il n'y a plus de phénomènes inflammatoires. Le cristallin s'est opacifié partiellement.

Nous constatons de l'astigmatisme irrégulier au Javal.

V. O. G. = 10/60 sans verre.

V. O. G. = 18/60 après correction par + 1^D.

L'œil droit est normal.

La vision s'améliore progressivement. Et au moment de la consolidation, elle a atteint 4/10 de la normale.

Il a été reconnu à ce blessé, une incapacité partielle et permanente de travail qui a été évaluée à 12 0/0.

OBSERVATION XII (Personnelle)

C... Henri, 13 ans, aide-ajusteur.

Œil droit : blessé le 15 septembre 1919 vers 15 heures dans les circonstances suivantes :

« En coupant un clou pour le mettre à une scie à métaux, la moitié du clou a sauté dans l'œil droit. »

Le travail a été continué jusqu'au soir.

Le lendemain matin, nous voyons le blessé et nous faisons les constatations suivantes :

Œil droit : phénomènes inflammatoires peu prononcés, photophobie, larmolement.

Chambre antérieure effacée. Œil mou.

Plaie pénétrante de la cornée dans la partie externe de la zone pupillaire.

En regard de la plaie cornéenne, déchirure de l'iris et opacification partielle du cristallin.

Une exploration avec le gros électro-aimant n'a donné aucun résultat. La radiographie est négative.

Lavage au sérum, atropine, pansement occlusif.

Œil gauche : normal.

V. O. G. = 10/10.

Les suites furent normales. Les phénomènes inflammatoires cédèrent rapidement et le travail fut repris le 6 octobre 1919.

Le 4 octobre 1919, œil droit : cicatrice cornéenne dans la partie externe de la zone pupillaire.

Déchirure de l'iris. Opacité cristallinienne localisée autour de la plaie capsulaire.

Astigmatisme irrégulier au Javal.

V. O. D. = 1/10 sans verre.

V. O. D. = 3/10 avec (cyl. 45° — 1°50) — 3°.

Œil gauche : normal.

V. O. G. = 10/10.

Consolidation au 6 octobre 1919. I. P. P. = 12 0/0.

Le 19 avril 1922, l'Etat objectif de l'œil blessé n'a pas changé.

L'opacification du cristallin est restée stationnaire. La vision est meilleure.

V. O. D. = 2/10 sans verre.

V. O. D. = 3/10 avec (cyl. : 45° — 1°) — 1°.

Il n'y a pas lieu de modifier le taux de l'incapacité de travail.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

R... Ernest, 43 ans, mécanicien.

Œil droit : blessé le 5 juin 1919 dans les circonstances suivantes : « passant près d'un compagnon qui burinait, il aurait « été atteint à l'œil droit par un éclat métallique ».

Le travail a été cessé immédiatement et les premiers soins lui ont été donnés dans une pharmacie voisine.

Ce n'est que deux jours après, que le blessé va consulter à la Fondation Rothschild où il a été soigné.

Le 23 juin 1919, nous sommes chargés par la Compagnie d'Assurances d'examiner ce blessé.

Œil droit : peu de réaction inflammatoire. Cicatrice cornéenne transversale empiétant sur le champ pupillaire vers XI hrs. Cette cicatrice résulte d'une plaie cornéenne qui a été la porte d'entrée d'un corps étranger intra-oculaire extrait à la Fondation Rothschild au moyen du gros électro-aimant.

Il n'y a pas de réaction irienne. La tension est normale.

En pleine région pupillaire, il existe une cicatrice de la cristalloïde antérieure avec, à ce niveau, une opacité de la lentille siégeant dans les couches antérieures.

V. O. D. = 3/10.

Œil gauche : rien à signaler. V. O. G. = 10/10.

L'évolution s'est faite sans incident. Le blessé a repris le travail le 1^{er} juillet. Mais l'opacification du cristallin s'est étendue ; et vers le 24 octobre 1919, la vision n'atteignait, à peine, qu'un dixième de la normale.

Le taux de l'incapacité de travail a été évalué à 28 o/o.

Quand la plaie capsulaire n'a pas été trop étendue, nous pouvons assister à un arrêt de l'opacification et même à une régression et à un retour à la transparence presque complète de la lentille. Il ne reste alors qu'une traînée blanche indiquant le trajet du corps étranger.

Mais il va tout autrement quand il s'est produit une infection de la plaie lors du traumatisme ; infection qui est parfois favorisée et aggravée par le mauvais état de la conjonctive et des voies lacrymales. Dans ce cas, à côté de l'opacité traumatique, il se développe des processus inflammatoires graves de l'iris et du corps ciliaire avec exsudats iriens, et parfois même de l'hypopion.

On constate des modifications de la tension oculaire. Plus fréquemment, la tension s'élève. Cette poussée hypertensive est provoquée soit par irritation excessive de la région ciliaire, soit par un gonflement subit des masses cristalliniennes.

Le processus est d'autres fois moins tumultueux ; l'irido-cyclite prend rapidement une allure chronique.

Dès le deuxième jour, la plaie cornéenne devient grisâtre entourée d'une zone d'infiltration. Si on n'y prend garde, la pupille est soudée au cristallin par des exsudats abondants. L'iris se décolore.

Sous l'influence d'un traitement approprié, ces phénomènes inflammatoires cèdent rapidement ; et au bout de quinze jours à trois semaines, tout est rentré dans l'ordre.

Telle est l'évolution des plaies cristalliniennes. Que

deviennent ces opacifications partielles du cristallin?

En général, si une quinzaine de jours après le traumatisme, l'opacification ne tend pas à se généraliser ou ne s'est pas généralisée, le cristallin pourra conserver une partie de sa transparence.

Il y a même des cas où l'opacification s'est résorbée complètement de façon à ne laisser persister qu'une traînée blanc grisâtre représentant le trajet du corps étranger (obs. IV et VIII).

Quand des complications tardives sont apparues (sidérose, décollement rétinien, glaucome), la baisse visuelle a presque toujours été due à l'évolution de ces lésions, mais jamais à une extension de l'opacité cristallinienne (Voir obs. VII, VIII et IX).

Nous avons vu un certain nombre de blessés trois années après la consolidation de leur blessure. Dans aucun cas, l'acuité visuelle n'avait baissé du fait de la généralisation de l'opacité cristallinienne. Certains même avaient vu leur vision augmenter (obs. V, X et XII).

Une complication survenant tardivement se rencontre dans certains cas où un corps étranger magnétique ayant pénétré profondément dans la coque oculaire, n'a pu être extrait : c'est la sidérose. La sidérose apparaît, en général, trois mois après le traumatisme (obs. VII, VIII, et IX). Tous les phénomènes inflammatoires ont déjà disparu. Le blessé consolidé, a déjà repris le travail.

Le sujet, dans une première phase, accuse des phénomènes d'héméralopie, une diminution de la vision

et un rétrécissement du champ visuel. Puis surviennent des modifications appréciables à l'ophtalmoscope et caractérisées par des lésions de rétinite pigmentaire.

Dans une deuxième phase, apparaît une décoloration de l'iris. Le cristallin prend une teinte brunâtre.

Finalement, les parcelles métalliques en suspension irritent le tractus uvéal et déterminent des troubles du vitré, des poussées d'irido-cyclite récidivantes accompagnées de modifications de la tension oculaire (obs. VII, VIII, IX).

4° Evolution tardive

Il est possible que le sujet, à un âge avancé, voit son cristallin s'opacifier complètement. Mais dans quelle mesure pouvons-nous en faire remonter la cause au traumatisme ? En d'autres termes, y a-t-il un délai passé lequel on puisse contester qu'une cataracte complète provienne de l'extension d'une opacification partielle traumatique ?

En matière d'accidents du travail, le cas ne s'est pas encore présenté à nous.

Heuls, dans sa statistique, cite un cas de cataracte survenu sept ans après le traumatisme ; un autre huit ans après. Mais il s'empresse d'ajouter :

« La forme et les dimensions des plaies produites par les agents vulnérants ont sans doute une influence bien plus considérable sur l'évolution ultérieure de

la cataracte. Malheur eusement, les observations qui précèdent ne font pas toujours mention de ces données qui nous seraient d'une grande utilité et dont nous pourrions peut-être tirer quelques conclusions intéressantes. »

5° Diagnostic

Le diagnostic est en général facile. Nous l'envisagerons à un triple point de vue : différentiel, causal et d'origine.

a) Diagnostic différentiel.

Il s'impose par la constatation des lésions de la lentille. La seule erreur qui puisse être commise serait de méconnaître l'existence d'une opacité cristallinienne périphérique.

Il suffira de dilater la pupille par un mydriatique pour éliminer cette cause d'erreur.

Le diagnostic de cataracte par contusion est un peu plus délicat. Dans ce cas, il faut passer en revue les différents états morbides susceptibles de provoquer l'opacité du cristallin, et noter soigneusement l'état de l'autre œil.

b) Diagnostic causal.

Il est basé sur les commémoratifs de l'accident, la constatation d'une plaie cornéenne accompagnée d'une brèche irienne et d'une plaie de la cristalloïde antérieure permettent de poser à coup sûr le diagnostic causal de l'opacité cristallinienne.

A ce propos, il faut toujours procéder à plusieurs explorations avec l'électro-aimant ; et si l'épreuve à l'aimant a été négative, faire une radiographie.

c) Diagnostic d'origine.

Ceci est capital en matière d'accidents du travail.

La matérialité de l'accident, à vrai dire, doit être et ne peut être établie d'une façon certaine que par une enquête à laquelle le médecin ne prend aucune part.

Néanmoins, le médecin aura souvent à répondre à la question suivante : la lésion oculaire présentée par le blessé peut-elle être provoquée par l'accident incriminé ? Dans ce cas, seules l'étude approfondie des lésions et la description aussi complète que possible des circonstances du traumatisme pourront nous permettre de répondre d'une façon affirmative.

6° Observations non personnelles

Nous reproduirons, à cette place, quelques observations se rapportant à des opacités traumatiques partielles du cristallin que nous avons relevées dans la littérature médicale ophtalmologique récente. Elles concernent des sujets d'âge et de conditions différents.

OBSERVATION XVI

(In *Annales d'oculistique*, 1905, par V. Morax.)

R... Emile, 20 ans, mécanicien.

Œil gauche : blessé le 31 mars 1904 à l'œil dans les circonstances suivantes :

« Voulant établir un pas de vis dans une pièce, y aurait
« introduit un taraud ; ne pouvant arriver à le dégager, il
« frappait latéralement sur le taraud avec un marteau la tête
« fléchie à 20 centimètres environ de l'instrument. Celui-ci
« se brise et le blessé ressent aussitôt une piqûre dans l'œil
« gauche. »

Mais cette sensation est éphémère et depuis, le blessé ne souffre plus.

Il n'y pas eu connaissance d'écoulement de liquide. Mais aussitôt après le traumatisme, il constate que la vision de cet œil est moins bonne qu'avant l'accident.

Il n'éprouve aucun autre symptôme jusqu'à midi.

A partir de ce moment, apparaissent les phénomènes d'irritation due à la plaie cornéenne ; larmoiement, photophobie, sensation de corps étranger sous les paupières.

Le 1^{er} avril 1904, le blessé se présente à l'hôpital Lariboisière et nous faisons les constatations suivantes :

A l'œil nu, on ne constate rien de particulier.

V. O. D. = 5/6.

V. O. G. = 5/12.

A l'éclairage oblique, on voit au-dessous et en dedans du centre pupillaire, une petite zone blanchâtre. En regard de la plaie cornéenne, on constate une petite strie semblable

sur la cristalloïde antérieure. Le cristallin a sa transparence normale. Cependant, suivant l'incidence des rayons lumineux, on aperçoit très profondément dans le demi-postérieur du cristallin un reflet métallique grisâtre extrêmement limité.

Après cocaïnisation, le blessé est présenté à l'aimant, le corps étranger est amené dans la chambre antérieure d'où il est extrait après kératotomie à la lance.

Le 3 avril 1904, chambre antérieure reformée. La cicatrisation est complète ; et l'on ne voit aucune réaction oculaire, aucun trouble cristallinien. Pas de douleur.

V. O. G. = 5/25.

Le 5 avril 1904, suppression du pansement.

V. O. G. = 5/10.

Le 12 avril 1904, le blessé quitte l'hôpital.

Le 4 janvier 1905, œil gauche : conjonctive normale. Cicatrice cornéenne au-dessous et en dedans du centre papillaire.

Iris, pupille, normaux.

Cristallin transparent et permet de voir complètement le fond de l'œil. Mais on voit, en un point seulement, une opacification extrêmement fine circonscrite et située dans la cristalloïde.

V. O. G. = 5/7 à 5/10.

V. O. D. = normale.

Le blessé lit le n° 3 de l'échelle de de Wecker.

OBSERVATION XVII

(Observation de Stoeber, *Annales d'oculistique*.

Bruxelles, 1840 in Thèse de Heuls. Lyon, 1903.)

Othon Goldenberg 12 ans. Constitution lymphatique, se

blesse, à l'œil droit, le 8 novembre 1830, avec un couteau qu'il tira à lui en coupant une ficelle.

Pendant les premières heures, point de photophobie, mais ensuite, photophobie intense. Paupières, conjonctive et sclérotique normales. Mais à la partie inférieure et interne du bord de la cornée, se trouvait une ouverture longue de trois à quatre lignes, par laquelle l'humeur aqueuse s'était écoulée. L'œil est légèrement affaissé. L'iris était appliqué à la face postérieure de la cornée. L'instrument vulnérant l'avait fendu depuis son bord ciliaire jusqu'au bord pupillaire et les bords de la plaie s'étaient rétractés surtout au bord libre de l'iris. Il en est résulté, entre ces lèvres un écartement en forme de V, dont la pointe se trouvait au bord ciliaire, et dont l'ouverture se confondait avec la pupille.

Aucun épanchement sanguin de l'œil. On pourrait présumer qu'une section aussi complète de l'iris n'avait pu se faire sans que l'instrument n'intéressât plus ou moins la capsule du cristallin.

Le 11 novembre 1830, un symptôme nouveau se joignit aux précédents. C'était une teinte grisâtre de la paroi antérieure de la capsule cristalline. L'opacité était surtout très forte du côté qui correspondait à la blessure de l'iris, et s'étendait de là au reste de la capsule.

L'opacité diminue peu à peu et avait disparu le 14 novembre.

Le 20 novembre, le cristallin et le corps vitré jouissent de toute leur transparence.

J'ai appris depuis que l'aspect de l'œil est toujours le même.

OBSERVATION XVIII

(*Westnik Optalmologii*. Analysé par Frenkel, vol. XXI, sept.-oct. 1904 in *Annales d'oculistique*. Observation de J. J. Karas.)

Il s'agit d'un garçon de 7 ans, blessé à l'œil gauche par un éclat de capsule le 21 septembre 1903. D'abord l'enfant souffre peu, mais sa vue baisse le lendemain.

Le 25 septembre 1903, les premières constatations faites ce jour là sont les suivantes :

Œil gauche : ptosis léger. Exophtalmie. Tu.

La région ciliaire est douloureuse. Il existe une injection périkeratique un peu marquée.

La cornée est un peu trouble. Elle présente une plaie de 4 millimètres de longueur sur 1 millimètre de largeur.

La chambre antérieure est conservée. La pupille est rétrécie et réagit mal à la lumière.

L'iris est hyperhémie.

En face de la plaie cornéenne, il existe un corps étranger blanc grisâtre, couvert d'exsudations, qui a perforé l'iris et proémine dans la chambre antérieure.

L'examen ophtalmoscopique relève un trouble du vitré avec quelques flocons mobiles.

L'iris se dilate mal.

Le 26 septembre 1903, extraction sous-anesthésie au chloroforme. Incision cornéenne à la lancette. Après un essai infructueux d'extraction du corps étranger à la pince, nous fîmes une iridectomie qui amena un corps étranger à bords tranchants. Hyphéma.

Le 28 septembre 1903, diminution de l'injection périkéraitique, de l'hyphéma, des douleurs à la pression du globe. A l'ophtalmoscope, le cristallin est transparent, corps flottants du vitré.

Le 8 octobre 1903, l'hyphéma se résorbe.

V. O. G. = 0,377.

Le 27 octobre 1903, on constate nettement une zone d'opacification centrale du cristallin intéressant toute l'épaisseur de l'organe.

Le 4 décembre 1903, le vitré est transparent. L'opacité du cristallin est moins prononcée.

V. O. G. = 0,55.

Le 11 avril 1903, milieux et cristallin transparents, sauf le trajet qui indique le siège du corps étranger.

V. O. G. = 0,75.

OBSERVATION XIX

(*Archives of Ophthalmology*, 1902. Analysé par le Dr Goron de Lausanne. Article du Dr James Mills cité in *Archives d'Ophthalmologie*, 1902.)

Un jeune homme de 19 ans, ayant reçu une décharge de poudre dans la figure, présentait, à l'œil gauche, un commencement d'opacification diffuse du cristallin.

Un gros grain de poudre faisait saillie sur l'iris, bouchant l'ouverture qu'il avait faite dans la cristalloïde antérieure.

Petite opacité cornéenne au point correspondant (côté nasal). Iritis, hypopion. Le malade refusant une intervention chirurgicale, on lui instille de l'atropine, lui applique un

pansement et lui administre à l'intérieur du calomel à doses réfractées. L'état de l'œil s'améliore rapidement, et six mois après, le cristallin était transparent partout, sauf au niveau du grain de poudre qui restait planté dans l'iris, mais diminué de volume.

V. = I.

L'auteur présume que le corps étranger a fait bouchon et empêché l'humeur aqueuse de pénétrer la substance cristallinienne.

OBSERVATION XX

(A. Terson *In* Société française d'Ophtalmologie, vol. XXII, 1909.)

Le nommé R..., âgé de 26 ans, garçon de ferme, nous consulte à notre clinique le 9 octobre 1908. L'œil gauche est sain. L'œil droit reçut, le 2 septembre 1908, une contusion terrible par coup de corne, qui a déchiré la conjonctive, entraîné au bas de la chambre antérieure une légère irido-dialyse et une petite synéchie : cependant l'œil n'a pas été perforé. L'acuité visuelle atteint 1/10. A l'examen avec l'ophtalmoscope doublé de + 15D, on constate que le cristallin est nébuleux en totalité et parsemé d'une infinité de points blanchâtres ; ces points forment même vers l'équateur une couronne de rayons coupés comme des fragments de cheveux et semblables à ceux des cataractes en évolution.

Malgré le trouble du cristallin, on aperçoit le fond de l'œil. Il présente un aspect particulier. Il y a quelques rayons blanchâtres ne constituant pas la grande déchirure classique

de la choroïde, mais qui, pour nous, sont consécutives à une distension forcée de cette membrane qui n'a pas totalement cédé.

Le cristallin alla lentement en s'éclaircissant, et le 9 novembre, il était redevenu totalement transparent. Aucun symptôme ne pouvait attester qu'il y avait eu d'innombrables opacités. L'acuité était remontée à 5/10, contrôlée avec mon échelle de simulation. Il persistait une irido-dialyse, une synéchie et une profondeur un peu anormale de la chambre antérieure. Le malade lisait de près avec cet œil les plus fins caractères.

CHAPITRE II

1° Considérations médico-légales

La fréquence des lésions oculaires au cours des accidents du travail (1 accident oculaire sur 3) donne à ce chapitre une importance toute particulière.

Le rôle du médecin doit être envisagé à un double point de vue : examiner l'origine traumatique de l'opacité et évaluer le dommage subi par le blessé.

L'origine traumatique des opacités cristalliniennes par blessure directe de la lentille ne prête, le plus souvent, à aucune discussion. Mais il en est tout différemment des opacités par contusion.

Dans ce cas, il faut en outre faire le diagnostic avec les opacités cristalliniennes d'origine médicale, avec la cataracte sénile au début, avec certaines formes de cataractes congénitales.

Il sera utile de faire un examen minutieux de l'autre œil dans le but de confirmer ou de rejeter ces différentes hypothèses.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

P... France, 33 ans. Orfèvre.

Œil droit : blessé le 4 juillet 1921 par un gros fil d'argent de l'épaisseur d'un doigt.

Le travail a été interrompu le jour même, et les soins ont été donnés par nous à partir du jour de l'accident.

A ce premier examen, nous avons noté une photophobie et un larmolement très marqués. La cornée présentait, dans le secteur inféro-temporal, une large érosion.

L'iris est normal. La pupille réagit bien.

L'appareil cristallinien présente, dans la partie supérieure du champ pupillaire, deux petites opacités antérieures en forme de foliole.

Le fond de l'œil est normal.

V. O. D. = 5/10.

Œil gauche, rien à signaler.

V. O. G. = 10/10.

Au 15 juillet, la guérison est complète. La cornée ne présente plus aucune trace de blessure. Seules les deux petites opacités, très réduites du reste, persistent au niveau du cristallin.

V. O. D. = 9/10.

V. O. G. = 10/10.

Le blessé a repris le travail. Nous n'avons pas eu l'occasion de le revoir depuis cette date.

Malgré la persistance de ces deux petites opacités cristalliniennes, il n'y a pas lieu de reconnaître une I. P. P. Le blessé, du reste, ne fait aucune réclamation.

Avant d'aborder l'étude de l'évaluation du dommage subi par le blessé, nous dirons un mot de la consolidation.

On dit qu'une blessure est consolidée, quand elle n'exige plus aucun traitement et quand le sinistré est en état de reprendre le travail.

Il ne s'ensuit pas, de ce que la blessure est consolidée, que l'aptitude professionnelle de l'ouvrier ne soit plus susceptible de se modifier.

La consolidation peut être acquise plus tôt qu'on ne l'admet généralement. Pour ce qui concerne les opacités traumatiques partielles, il est bon d'attendre un mois :

1° Après la date de la blessure lorsque tout s'est passé sans grands phénomènes inflammatoires ;

2° Après la cessation complète de toute irritation oculaire.

Dans le cas de corps étranger intra-oculaire dont l'extraction a été impossible à pratiquer, la consolidation peut être fixée comme précédemment.

Mais il serait prudent de ne pas délivrer au blessé de certificat d'incapacité partielle et permanente de travail avant trois mois au moins, à compter de la date de la blessure.

Ce laps de temps correspond au délai moyen de la date d'apparition des phénomènes de sidérose.

2° Evaluation

C'est en se basant sur l'acuité visuelle physiologique et l'acuité visuelle professionnelle que le médecin établira l'indemnité à accorder.

On a remarqué que les exigences visuelles des différents métiers étaient très variables ; et on a proposé de grouper les métiers en deux ou trois catégories suivant l'acuité visuelle qu'ils exigent.

On a admis, par exemple, que certains métiers commencent à être plus difficiles à exercer lorsque l'acuité est abaissée à 0,75 ; et deviennent impossibles lorsqu'elle est tombée à 0,15.

Pechin (Société française d'Ophtalmologie, 1904) cite le cas d'un ouvrier lithographe chez lequel l'abaissement de l'acuité visuelle d'un œil à 0,9 avait produit une véritable incapacité de travail.

Par contre, certains gros travaux peuvent être exécutés avec 0,05.

Quoi qu'il en soit, nous prendrons comme base de l'évaluation de l'I. P. P. l'acuité visuelle physiologique et nous admettrons, avec M. Valude (1), que même pour un ouvrier moyen, tout abaissement sensible de l'acuité visuelle pouvant être établie d'une façon certaine, et sans probabilité d'amélioration, peut être indemnisée.

Tout en constituant la base de l'appréciation de

1. Société française d'Ophtalmologie, 1904.

l'incapacité de travail, l'acuité visuelle n'en est pas le seul facteur.

Il faut prendre en considération, l'état concomitant de l'œil blessé : astigmatisme irrégulier, cornéen ou cristallinien, diplopie monoculaire, etc.

Le siège de l'opacité cornéenne est souvent un facteur important dans l'évaluation de l'incapacité.

Un leucome inféro-nasal empiétant sur le champ pupillaire est extrêmement gênant pour le travail tout en n'étant pas un obstacle pour une bonne vision éloignée.

Enfin, il faut faire entrer en ligne de compte l'état de l'autre œil.

D'après Terson, l'on doit une indemnité à tout blessé dont la vision est redevenue normale, s'il y a persistance d'une tare objective :

« Si un cristallin après avoir été opaque, récupère
« une transparence suffisante pour avoir une acuité
« normale avec une tache de cataracte, je considère
« que cet œil est vicié, il n'est plus dans des condi-
« tions pré-traumatiques. La tare est d'ailleurs sus-
« ceptible d'aggravation. Les évolutions entre la
« transparence et l'opacification doivent être men-
« tionnées au dossier. Si l'opacité est très apparente,
« elle constitue esthétiquement et même pratique-
« quement un dommage à apprécier, la vision fût-
« elle bonne.

« Si elle est peu visible, elle devra être inscrite,
« mise en relation avec la diminution de l'acuité vi-

« suelle si celle-ci lui est imputable et pour l'avenir,
« avec les réserves nécessaires.

« Objectives ou subjectives, les infirmités n'en
« sont pas moins réelles et il n'y a pas deux ma-
« tières de retrouver un œil normal, incompatible
« avec un stigmate. »

Cette conception est tout à fait contraire à l'esprit de la loi de 1898 qui stipule que seule sera indemnisée la diminution de la capacité de travail résultant d'un traumatisme.

L'évaluation de la diminution de la capacité de travail sera basée sur l'étude de l'état du blessé au moment de la consolidation ou au moment de l'expertise.

Ne doivent pas entrer en ligne de compte, les questions d'esthétique ou de l'évolution ultérieure des lésions constatées au moment de l'attribution de la rente.

Mais, au cours de ces dernières années, la jurisprudence s'est écartée quelque peu des principes qui avaient guidé les auteurs de la loi.

C'est ainsi qu'un grand nombre de blessés porteurs d'une opacité traumatique partielle du cristallin avec une acuité visuelle supérieure à 5/10 ont été indemnisés.

Les experts se laissent constamment guider par le fait d'une extension possible de l'opacité et concluent à une I. P. P. parfois assez élevée.

Nous donnerons, à cette place, l'observation d'un blessé qui, à la suite d'un traumatisme cristallinien,

a guéri en conservant une acuité visuelle presque normale. Aucune indemnité ne lui a été allouée.

OBSERVATION XV (Personnelle)

H... Alphonse, 31 ans, monteur.

Œil droit blessé le 24 juin 1918.

Le travail est cessé aussitôt. Il est transporté immédiatement aux Quinze-Vingts où on lui fait l'extraction d'un corps étranger intra-oculaire au moyen du gros électro-aimant,

Les suites opératoires sont normales. Le 5 juillet, le Dr V... lui délivre un certificat constatant la présence d'une opacité cristallinienne de l'œil droit, et fixant la reprise du travail au 7 juillet.

La vision est égale au quart de la normale.

L'œil gauche ne présente rien de particulier.

V. O. G. = 10/10.

Le 22 juillet 1918, nous examinons le blessé et nous faisons les constatations suivantes : sur la sclérotique, du côté nasal, une petite région noirâtre qui indique une porte d'entrée du corps étranger. Les milieux sont transparents. Le fond de l'œil est normal.

V. O. D. = 9/10.

Dans nos évaluations du taux de l'incapacité partielle et permanente de travail, nous avons tenu compte non seulement de l'acuité visuelle physiologique, mais de l'état oculaire concomitant et de l'état de l'autre œil.

Par exemple, nous avons reconnu une incapacité

partielle et permanente de travail au blessé de l'observation IV, malgré l'acuité visuelle presque normale parce que : 1° il est très gêné, surtout dans la vision rapprochée, par une diplopie par polycorie ; et 2° l'œil gauche est énucléé.

Cet ouvrier se trouve momentanément au moins, dans l'impossibilité d'exercer le métier qu'il faisait au moment de l'accident.

Dans les autres cas, nous avons tenu compte de l'astigmatisme irrégulier, de la situation inféro-nasale de l'opacité qui est surtout gênante dans la vision rapprochée.

Toutes ces lésions constituent incontestablement une diminution de la capacité de travail.

Au reste, la loi prévoit un délai de révision de trois ans à partir de la date de la consolidation.

Nous aborderons maintenant le côté matériel de la question extrêmement importante en soi : le taux de la rente.

La perte totale d'un œil normal par énucléation, exentération, ou amputation du segment antérieur est évaluée à 33 o/o. Le législateur a voulu tenir compte de certains inconvénients en dehors de la diminution de la capacité de travail : limitation du champ visuel, trouble de la sensation de relief, entretien de la pièce artificielle, difficulté d'embauchage, etc., etc...

La perte totale de la vision avec conservation de l'organe est évaluée à 30 o/o.

Certains experts, pour une acuité visuelle autour

de 5/10 sans verre reconnaissent une I. P.P. dont ils évaluent le taux aux environs de 5 à 6 o/o.

D'autres n'indemnisent que pour les acuités visuelles au-dessous de 5/10 ; par exemple, pour une acuité visuelle variant de :

4/10 à 5/10	le taux varie de	5 o/o à 10 o/o
3/10 à 4/10	—	10 o/o à 15 o/o
2/10 à 3/10	—	15 o/o à 20 o/o
1/10 à 2/10	—	20 o/o à 25 o/o
au-dessous de 1/10	—	25 o/o à 28 o/o

Nous résumerons dans un tableau, la façon dont l'évaluation a été faite pour chacun de nos blessés qui ont fait l'objet de cette étude.

En résumé, dans les cas d'opacités traumatiques partielles du cristallin l'acuité, visuelle tout en étant la base essentielle pour l'évaluation de la diminution de la capacité de travail, n'en est pas le seul facteur.

Il faut, en outre, prendre en considération :

1° L'état concomitant de l'œil traumatisé.

a) *L'état de la cornée.* — Astigmatisme irrégulier, situation du leucomæ cornéen (inféro-nasal).

b) *L'état de l'iris.* — Polycorie, colobome opératoire ou traumatique entraînant de l'éblouissement.

c) *L'état du cristallin.* — Diplopie monoculaire, astigmatisme cristallinien.

d) *L'état du vitré*

e) *L'état du fond de l'œil.*

2° L'état de l'autre œil.

3° La profession de l'ouvrier.

OBSER-	Dates du trauma- tisme	Œil blessé	Age du blessé	Profession	Acuité visuelle de l'œil blessé	Lésions concomitantes de l'œil blessé	Etat de l'autre œil	Taux d'I. P. P. (1)	Etat de l'œil à la révision	Taux d'I. P. P. à la révision	OBSERVATIONS
I	20-3-19	O. D.	36	Ciment.	1/10	—	Normal V = 10/10.	28 %			
III	15-5-19	O. G.	36	Tailleur de pierres.	1/10	Astigmatisme irrégulier.	Normal V = 10/10.	21 %			
IV	25-1-21	O. D.	22 1/2	Ajusteur.	9/10	Polyopie par polycorie.	Enucléé.	10 %			
V	10-2-19	O. G.	32	Ajusteur.	0,3 s. v. (2) 0,4 a. c. (3)	Corps étranger intra-oculaire dont l'extraction a été impossible.	Normal V = 10/10.	18 %	Pas de sidérose. V = 0,3 s. v. = 0,6 a. c.	18 % maintenu	Améliora- tion légère de la vision après 3 ans.
VI	4-6-20	O. G.	14 1/2	Apprenti méc.	0,5 s. v. 0,6 a. c.	Colobronie irien leucoïne inférona- sal.	Normal V = 10/10.	10 %			I. P. P. non encore éva- luée.
VII	28-7-21	O. G.	36	Frai- seur.	1/10	Corps étranger intra-oculaire, si- dérose.	Normal V = 10/10.				
VIII	25-5-20	O. D.	16	Apprenti ajust.	2/10	Corps étranger intra-oculaire, si- dérose.	Normal V = 10/10.	15 %			
IX	14-3-16	O. D.	56	Charron	3/10	Début de sidérose.	Normal V = 10/10.	15 %	V. O. D. = 0,5 s. v. = 0,7 a. c.	8 %	Améliora- tion notable après 3 ans.
X	29-1-19	O. D.	18	Ajusteur.	5/10 a. c.	Astigmatisme.	Astigmatisme V = 2/3 a. c.	12 %			
XI	21-3-19	O. G.	36	Lami- neur.	4/10	Cicatrices cor- néenne et cristal- linienne centrales.	Normal V = 10/10.	12 %			
XII	15-9-'9	O. D.	13	Aide- ajusteur.	0,1 s. v. 0,3 a. c.	Astigmatisme irrégulier.	Normal V = 10/10	12 %	V. O. D. = 2/10 s. v. = 3/10 a. c.	12 %	Améliora- tion légère de l'acuité visuelle.
XIII	5-3-19	O. D.	43	Mécanic	1/10	—	Normal V = 10/10.	28 %			
XIV	4-9-21	O. D.	33	Orfèvre.	9/10	—	Normal V = 10/10.	0			
XV	24-6-18	O. D.	31	Monteur.		—		0			

1. I. P. P. = Incapacité partielle et permanente.

2. s. v. = Sans verre.

3. a. c. = Après correction.

CONCLUSIONS

Les lésions de l'appareil cristallinien sont relativement fréquentes au cours des accidents oculaires du travail (10/0) et présentent souvent l'aspect d'opacités cristalliniennes partielles.

La proportion des opacités traumatiques partielles par rapport au chiffre des cataractes traumatiques complètes serait plus élevée que ne l'indiquent les auteurs classiques et atteindrait environ 26 0/0.

Leur évolution nous a paru différer sensiblement des descriptions classiques et présenter quelques particularités cliniques dont les conséquences sont intéressantes au point de vue médico-légal.

1° Les opacités traumatiques partielles sont dues presque toujours à une lésion directe du cristallin : corps étrangers métalliques intra-oculaires, blessure ou piqure de la lentille cristallinienne.

Il est rare d'en observer après les contusions simples du globe.

2° Elles se développent immédiatement après le traumatisme. Parfois elles passent inaperçues, confondues dans le syndrome des plaies pénétrantes du segment antérieur ; le plus souvent, le trouble loca-

lisé du cristallin constitue, avec une imperceptible lésion cornéenne le seul symptôme objectif de la lésion : la gêne visuelle varie suivant l'importance et la situation de l'opacité.

3° L'extension de l'opacification à la totalité du cristallin se produit quand elle doit avoir lieu, en général dans les quinze à vingt jours qui suivent le traumatisme. Passé ce délai, il est rare d'observer une extension de la lésion et les réserves qu'on admet classiquement à ce sujet paraissent peu justifiées.

4° L'opacification peut même régresser complètement ou n'être plus visible que sous l'aspect d'une mince traînée linéaire opaque compatible avec une acuité visuelle normale. C'est ce que l'on observe fréquemment quand l'opacification a été provoquée par un petit corps étranger métallique intraoculaire. Quand l'extraction de ce dernier n'a pu être pratiquée avec l'électro-aimant en raison de sa profondeur et que surviennent des complications tardives de sidérose, la baisse visuelle est due, beaucoup plus à l'apparition de troubles irido-choroïdiens et hypertensifs qu'à l'opacification secondaire de la lentille cristallinienne.

5° La limitation de l'opacification du cristallin paraît être fonction de la rapidité avec laquelle la plaie capsulaire s'est refermée. Celle-ci serait facilitée par l'accolement de l'iris à la capsule. Cette dernière disposition serait réalisée quand la plaie capsulaire est périphérique et la tension oculaire abaissée par suite de l'émission de l'humeur aqueuse.

6° Au point de vue médico-légal, l'évaluation de l'incapacité permanente de travail se fera en tenant compte de l'état fonctionnel et non de l'état objectif des lésions. Les réserves sur l'évolution ultérieure sont surtout justifiées quand la lésion cristallinienne est due à un corps étranger métallique intra-oculaire rémanent.

Au cours des examens de révision, il n'est pas exceptionnel que l'on ait à constater une amélioration de l'état oculaire depuis la consolidation et à proposer une réduction du quantum d'incapacité primitivement admis.

Vu : le président de la thèse,
LECÈNE

Vu : pour le Doyen,
G. POUCHET

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Abadie (Ch.). — Traité des Maladies des yeux, t. I, 1876-1877.

Mills (Dr James). — Archives of Ophtalmology, 1902.

Axenfeld. — Traité d'Ophtalmologie.

Baudry. — Etude médico-légale sur les traumatismes de l'œil et de ses annexes.

Caudron. — Thèse de Paris.

Clausse. — Thèse de Nancy, 1901.

Cousin. — Thèse de Paris, 1919.

Dor (Henri). — Cataractes traumatiques (Encyc. franç d'Oph., t.).

Desmarres. — Traité d'Ophtalmologie, t. III.

Frézières. — Thèse de Toulouse, 1900.

Fuchs. — Traité d'Ophtalmologie.

Gorecki. — Thèse de Paris, 1901.

Grima. — Thèse de Paris, 1868.

Heuls. — Thèse de Lyon, 1903.

Lafargue. — Thèse de Bordeaux, 1903.

Morax (V.). — Précis d'Ophtalmologie (Annales d'Oculistique, 1905).

Ollive et Le Meignen. — Traité de Médecine légale et des accidents du travail, 1904.

Panas. — Traité des Maladies des yeux, t. I.

Penet. — Thèse de Lyon, 1883.

Prélat. — Thèse de Paris, 1913.

Sarrazin. — Thèse de Paris, 1879.

Terrien. — Précis d'Ophtalmologie (Archives d'Ophtalmologie, 1902).

Truc, Valude et Frenkel. — Traité d'Ophtalmologie, 1908.

Terson (A.). — Soc. franç. d'Opht., vol. XXI, 1909.

Wecker (De). — Traité théorique et pratique des maladies des yeux, vol. I, 1868.

Wiestnik Ophtalmologii, vol. XXI, sept.-oct. 1904 (Observation de J. J. Karas).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE PREMIER. — Etude clinique.....	13
1° Définition. — Etiologie.....	13
2° Symptômes.....	19
3° Evolution.....	45
4° Evolution tardive.....	51
5° Diagnostic	52
6° Observations non personnelles.....	53
CHAPITRE II.....	61
1° Considérations médico-légales.....	61
2° Evaluation.....	64
CONCLUSIONS.....	71
BIBLIOGRAPHIE.....	75

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 5505-22



